

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARISA MITSUE MIHARA SUGAWARA**

**INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM AÇÕES DE  
SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**IPATINGA - MINAS GERAIS**

**2014**

**MARISA MITSUE MIHARA SUGAWARA**

**INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM AÇÕES DE  
SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde de Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete

**IPATINGA - MINAS GERAIS**

**2014**

**MARISA MITSUE MIHARA SUGAWARA**

**INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM AÇÕES DE  
SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Banca examinadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profª Drª Selme Silqueira de Matos - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 28 de dezembro de 2014

## RESUMO

O início das atividades nas escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola (PSE), realizadas pela equipe de saúde do PSE, possibilitou a visualização da importância da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde no ambiente escolar. Partindo dessa premissa, este estudo objetivou elaborar um plano de ação para capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) visando ao aumento da efetividade nas ações de saúde da equipe de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE). Para tal, fez-se revisão de literatura com busca de informações em periódicos na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados do SciELO, LILACS e do BDNF, com os descritores: agente comunitário de saúde, educação em saúde, promoção da saúde e saúde escolar. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde e da Educação e textos dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Espera-se que o plano de ação possa contribuir para o desenvolvimento de práticas para a melhoria da qualidade de vida dos escolares.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Educação em saúde. Promoção da saúde. Saúde escolar.

## ABSTRACT

The beginning of the activities in the schools agreed on the School Health Program (PSE), made by the health team of the PSE, enabled the visualization of the importance of integration of Community Health Agents in the school environment. From this premise, this study aimed to develop an action plan to train community health agents (CHA) in order to increase the effectiveness in health care the health team of the School Health Program (PSE). To this end, there was literature review with search information in journals in the Virtual Health Library, in the databases SciELO, LILACS and BDNF, with the descriptors: community health worker, health education, health promotion and school health. Were also surveyed Ministry of Health and Education Programs and texts of the Specialization Course modules in Primary Health Care Family (CEABSF). It is expected that the action plan can contribute to the development of practices to improve the quality of life of the school.

**Key words:** Community health agent. Health education. Health promotion. School health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Coronel Fabriciano está situada na região do Vale do Aço, no estado de Minas Gerais, Brasil. Localiza-se na região leste da capital do Estado de Minas, distante cerca de 200 km de Belo Horizonte. Faz limites com os municípios de Joanésia e Mesquita a norte, Ferros a oeste, Antônio Dias a sudoeste, Ipatinga a leste e Timóteo a sul.

A população de Coronel Fabriciano está estimada em 108.302 habitantes de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2013 (BRASIL, 2014). Entretanto, o presente estudo será baseado no censo demográfico de 2010 do mesmo órgão, dentre os quais, 102.395 habitantes pertencem à área urbana e 1.299 à área rural totalizando 103.694 habitantes, conforme quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – População residente, por situação de domicílio e sexo - 2010

Total	Total Urbana	Total Rural	Total Homens	Total homens urbana	Total homens rural	Total Mulheres	Total mulheres urbana	Total mulhe res rural
103.694	102.395	1.299	50.035	49.378	657	53.659	53.017	642

Fonte: IBGE - 2010

No início de século XIX, o Sr. Francisco Rodrigues Franco foi considerado o primeiro habitante da cidade de Coronel Fabriciano. Em 1932, chegou o fazendeiro de Leopoldina, juntamente com sua família, o Sr. Francisco de Paula e Silva. Este pioneiro teve importante contribuição ao desbravamento da região. Iniciou-se a devastação da mata virgem na margem direita do rio piracicaba, o que facilitou o comércio entre as cidades vizinhas. Em seguida, iniciaram-se os trabalhos agrários. A partir de 1922, deu-se a continuidade da construção da ferrovia que foi paralisada em Cachoeira Escura (pertencente ao município de Mesquita). Em 1936, instalou-se na cidade a Siderúrgica Belgo-Mineira com objetivo de explorar carvão vegetal na zona do Vale do Rio Doce (O MUNICÍPIO, 2014).

No dia 09 de julho de 1924, inaugurou-se a Estação do Calado, situada atualmente entre as avenidas Rua Pedro Nolasco e Rubens Siqueira Maia no centro de Coronel Fabriciano. A Estação do Calado foi a primeira construção em alvenaria na época. Teve seu fechamento em 29 de janeiro de 1979 e sua demolição em 15 de março de 1982. Em seguida, no mesmo local foi construído o atual terminal rodoviário do município. Em 1944, com a chegada da Cia. Aços Especiais Itabira (ACESITA), sofreu grande impulso transformando o distrito em atual município. Em 27 de dezembro de 1948, depois de um longo processo tramitado na Assembléia Legislativa do Estado, o governador Milton Campos assina a Lei nº 336, criando o município de Coronel Fabriciano - MG. A área total do município corresponde a 221,252 Km<sup>2</sup>. Em 2010, Coronel Fabriciano possuía 31.615 domicílios (CORONEL FABRICIANO, 2014).

A instalação oficial se deu no dia 1º de janeiro de 1949, em sessão presidida pelo juiz de paz José Anastácio Franco. Assumiu como intendente o Dr. Antônio Gonçalves Gravatá, com o distinto objetivo de organizar a administração municipal e entregá-lo ao prefeito oficial. E assim, a 15 de março de 1949, tomam posse o prefeito Dr. Rubem Siqueira Maia, vice-prefeito Coronel Silvino Pereira, vereadores Nicanor Ataíde, Lauro Pereira, Ary Barros, José Anatólio Barbosa, Wenceslau Martins Araújo, Sebastião Mendes Araújo, José Paula Viana, Raimundo Martins Fraga e José Wilson Camargos (CORONEL FABRICIANO, 2014).

Em 1950, foi instalado o Colégio Angélica, instituição mantida pelas Irmãs Carmelitas da Divina Providência, pioneiras do Vale do Aço na Educação Pré-escolar, 5ª a 8ª séries e ensino médio. O ensino primário já existia de forma regular desde 1928 ( O MUNICÍPIO, 2014).

Em relação á população de Coronel Fabriciano, ela está distribuída por faixa etária de acordo com o quadro 2 , a seguir:



Quadro 2 – População residente no município de Coronel Fabriciano por faixa etária sexo, 2010

<b>Faixa etária</b>	<b>Homens</b>	<b>Homens (%)</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Mulheres (%)</b>
0 a 4 anos	3.440	3,30	3.458	3,30
5 a 9 anos	3.761	3,60	3.750	3,60
10 a 14 anos	4.519	4,40	4.330	4,20
15 a 19 anos	4.423	4,30	4.379	4,20
20 a 24 anos	4.690	4,50	4.709	4,50
25 a 29 anos	4.613	4,40	4.709	4,50
30 a 34 anos	4.186	4,00	4.388	4,20
35 a 39 anos	3.565	3,40	3.978	3,80
40 a 44 anos	3.388	3,30	3.953	3,80
45 a 49 anos	3.269	3,20	3.702	3,60
50 a 54 anos	2.989	2,90	3.367	3,20
55 a 59 anos	2.330	2,20	2.550	2,50
60 a 64 anos	1.593	1,50	1.904	1,80
65 a 69 anos	1.126	1,10	1.491	1,40
70 a 74 anos	935	0,90	1.234	1,20
75 a 79 anos	610	0,60	819	0,80
80 a 84 anos	376	0,40	538	0,50
85 a 89 anos	163	0,20	263	0,30
90 a 94 anos	45	0,00	98	0,10
95 a 99 anos	10	0,00	31	0,00
Mais de 100 anos	4	0,00	8	0,00

Fonte: IBGE - 2010

Os dados apontam que o maior contingente populacional encontra-se na faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos e com predomínio do sexo feminino.

As principais atividades econômicas do município são o comércio e a prestação de serviços. Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é 0,755 em 2010, considerado elevado em relação ao Estado. O serviço de abastecimento de água e

recolhimento de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Segundo a prefeitura, 93% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água e 81% possui rede de esgoto. A cidade não possui uma estação de tratamento de esgoto, então, este é liberado diretamente ao córrego Caladão ou rio Piracicaba. A renda média familiar per capita é de R\$ 661,02 per capita (CORONEL FABRICIANO, 2014).

A densidade demográfica é de 468,67 hab./km<sup>2</sup>. Em 2011, o índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Coronel Fabriciano era de 5,1 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 a 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano (antiga 4ª série) foi de 5,7 e do 9º ano (antiga 8ª série) foi de 4,5; o valor das escolas públicas de todo o Brasil era de 4,0. Em 2010, 17,2% das crianças com entre 7 e 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 63,1% e o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos era de 99,1%. Dentre os habitantes de 18 anos ou mais, 58,57% tinham completado o ensino fundamental e 38,84% o ensino médio, sendo que a população tinha em média 9,29 anos esperado de estudo. Em 2012, foram 20 355 matrículas nas instituições de ensino da cidade em 42 escolas que ofereciam ensino fundamental nas redes municipais, estaduais e privadas (CORONEL FABRICIANO, 2014).

Em 22 de julho de 1991, criou-se o Conselho Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, situado na Avenida Magalhães Pinto, 1040, Giovanini, no mesmo município. O Conselho compõe-se de 23 conselheiros de saúde, dos quais, quatro representam o Governo, dois representam os Prestadores, cinco representam os Trabalhadores de saúde e doze representam os Usuários. Têm como principais funções: deliberar a programação anual, relatório de gestão e proposta da Lei Orçamentária Anual (LOA), além de contribuir e emitir parecer ao Plano de Saúde, analisar e emitir parecer nas contas de cada quadrimestre. As reuniões são, regularmente, realizadas mensalmente.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 20 de maio de 1991, sendo gerido pelo secretário municipal de saúde, Sr. Rubens de Almeida Castro. Os recursos

financeiros transferidos pelo SUS destinados às ações e serviços de saúde são aplicados através do Fundo de Saúde conforme a EC 29 (Emenda Constitucional).

Segundo o Portal da Saúde, os valores repassados fundo a fundo para o município de Coronel Fabriciano, por setor, no mês de julho/2014 foram: R\$ 477.112,00 da Atenção Básica, R\$ 54.988,02 da Vigilância à saúde, R\$ 51.286,25 para Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, R\$ 20.000,00 da Assistência farmacêutica, totalizando R\$ 603.386,27, sendo que os itens Investimento e Gestão SUS não receberam recursos (BRASIL, 2014).

O Programa Saúde da Família em Coronel Fabriciano possui 16 equipes de Saúde da Família, três equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma equipe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), com cobertura de 57%.

O sistema de referência origina-se da Unidade Básica de Saúde (UBS) para os demais serviços especializados de saúde e, destes à UBS, denomina-se a contra referência. Infelizmente, esse serviço não está funcionando com excelência no município em estudo, pois o usuário ao ser referenciado ao serviço especializado, de um modo geral, não apresenta (devido à perda/esquecimento) o formulário de Referência/Contra Referência (Boletim de Encaminhamento da Unidade Básica de Saúde) preenchido pelo profissional de saúde de origem, perdendo-se o foco da referência. Basicamente, o formulário de referência/contra referência é composto pelos seguintes dados:

- 1) Nome do paciente;
- 2) Unidade de Saúde origem;
- 3) Médico solicitante (carimbo);
- 4) Encaminhado para;
- 5) Clínica referência;
- 6) Histórico da doença;
- 7) Exame físico;
- 8) Pressão arterial;
- 9) Diagnóstico provável;
- 10) Exames complementares realizados (anexar cópias);

### 11) Tratamentos realizados.

No mesmo formulário, os itens seguintes deverão ser preenchidos pelo profissional de saúde dos serviços especializados de saúde (local de destino) e o mesmo fazer a contra referência à UBS de origem:

- 1) Data de atendimento no serviço de saúde;
- 2) Médico que atendeu (carimbo);
- 3) Conduta;
- 4) Retornar à Unidade Básica de origem em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou dentro de \_\_\_\_\_ dias.

Para que seja assegurada a continuidade do acompanhamento do usuário, alguns médicos têm realizado a contra referência enviando o formulário preenchido diretamente à UBS.

As redes de média complexidade compõem-se de especialidades: mastologia, infectologia, pneumologia, ortopedia, fonoaudiologia, urologia, cardiologia, otorrinolaringologia, psiquiatria (atendimento somente casos com transtorno psiquiátrico severo) e fisioterapia (não se realiza atendimento domiciliar). Na rede de alta complexidade, realiza-se atendimento via tratamento fora de domicílio (TFD) em casos de cirurgia de quadril, transplantes, dentre outras.

O departamento de recursos humanos (RH) da secretaria municipal de saúde de Coronel Fabriciano – MG, atualmente, possui funcionários municipalizados (04 médicos), contratados (357), comissionados (30) e efetivos (390). Carga horária dos funcionários: 30 horas/semana ou 40 horas/semana; horário de trabalho: 07h às 16h; 08h às 17h.

Segundo informações dos agentes comunitários de saúde (ACS) da comunidade de Santa Cruz, os cidadãos/trabalhadores (chefes de famílias) da comunidade, em sua maioria, trabalham em contratos temporários (em obras de outras cidades fora de Coronel Fabriciano). Os mesmos retornam à cidade ao final do contrato de serviço, vivem, temporariamente com o seguro desemprego e, ao final do recebimento deste benefício, vão à busca de outro trabalho. Existem casos de desempregados que, infelizmente, permanecem acomodados devido ao recebimento do benefício social do governo: o Bolsa-Família.

Na comunidade existem micro áreas com inúmeros problemas de saúde e sociais que poderiam ser sanados pelo poder público. Podem-se citar como exemplo os casos de verminoses causados pela falta de água potável, pois, ainda se fazem o uso de poços artesianos em diversas micro áreas. Além disso, muitos moradores têm sofrido consequências pela falta de rede de esgoto, o qual se encontra a céu aberto, descendo pelas ruas e causando mau cheiro pelo bairro.

Foram registrados na comunidade muitos casos de distúrbios mentais decorrentes de estresse, desemprego, depressão. Entretanto, ainda os problemas de saúde prioritários são os distúrbios cardiovasculares causados pelo uso do fumo, hipertensão, diabetes, entre outras. Mas, também não se pode deixar de lado outro problema grave à comunidade que seria o uso do álcool e de drogas ilícitas, tendo como consequência o alto índice de violência e morte dentro da comunidade.

Dentre os recursos da comunidade de Santa Cruz, possuem diversas escolas e creches da rede municipal e estadual. Existem algumas clínicas e laboratórios, porém, não pertencem ao município e prestam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se observar a presença de diversas igrejas com diferentes crenças religiosas.

A comunidade possui serviços de energia elétrica fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), água fornecida pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e o serviço postal é atendido por agências da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Possui serviços de telefonia e alguns bancos. O serviço de coleta de lixo, limpeza das vias públicas é feito pela Secretaria Municipal de Serviços Urbanos e Meio Ambiente (SESUMA).

A UBS está bem localizada, na região central da comunidade de Santa Cruz. Entretanto, sua área de abrangência é extensa, com micro áreas distantes da região central e o relevo nos arredores da UBS não colabora, dificultando o seu acesso. Este é feito pelos usuários através de longas escadarias (morros abaixo e acima) e pelos becos. O horário de funcionamento da UBS é de 07:00h às 17:00h.

A unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz abrange os bairros Córrego Alto, Córrego dos Camelos, José da Silva Brito, Pedra Linda, Santa Cruz, Santa Inês, Santa Luzia, São Geraldo, Santa Rita, São Vicente, Silvio Pereira I e Silvio Pereira II. A ESF possui cinco equipes: Azul, Branca, Laranja, Verde e Vermelha, possuindo respectivamente 3.400 pessoas (azul), 3.624 pessoas (branca), 3.898 pessoas (laranja), 3.400 pessoas (verde), 3.552 pessoas (vermelha).

Cada equipe de Saúde da Família possui um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, de 10 a 12 agentes comunitários de saúde (ACS). Além das equipes de saúde da Família, a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Cruz possui também dois supervisores gerais e um serviço odontológico composto por duas dentistas e duas Auxiliares de Consultório Dentário (ACD), sendo um profissional para cada turno (matutino/vespertino). Apesar dos profissionais do NASF terem sido contratados pelo município, infelizmente, ainda não chegou nenhum profissional para a UBS de Santa Cruz.

A área física da UBS é insuficiente para comportar cinco equipes de ESF. O espaço da recepção e sala de espera é pequeno para receber, diariamente, grande quantidade de usuários. Cada equipe possui seu consultório completo. Além disso, a unidade de saúde possui uma farmácia, sala de arquivo, consultório ginecológico, sala para reunião, sala de acolhimento, cozinha, copa, lavanderia, banheiros para usuários e, também, para uso exclusivo de funcionários.

Os principais problemas detectados no diagnóstico situacional da comunidade de Santa Cruz foram discutidos e colocados em ordem de prioridade no quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da Comunidade de Santa Cruz - 2014

<b>Classificação</b>	<b>Principais problemas</b>
1	Distúrbio cardiovascular (hipertensão, diabetes, dislipidemia)
2	Distúrbio mental
3	Falta de esgoto e água potável

4	Uso de drogas lícitas/ilícitas (tabaco, álcool, crack, maconha, cocaína, outras)
5	Verminoses
6	Violência

O quadro 3 apresenta os principais problemas de saúde e sociais de maior prevalência entre os usuários das equipes de saúde da família da comunidade de Santa Cruz. As informações foram fornecidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e demais profissionais de saúde da equipe saúde da família. Entretanto, foram detectados problemas considerados relevantes por meio das ações de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE), tais como o sobrepeso ou mesmo a desnutrição de crianças e adolescentes, alteração visual, cartão de vacina incompleto dentre os poucos que o apresentaram à escola, e ainda, a maioria dos alunos continua sem o cartão nacional do SUS. Por meio deste, o SUS possui os dados pessoais, contato da pessoa e demais informações de forma integrada.

Diante dos problemas relacionados, anteriormente, à saúde das crianças e adolescentes nas escolas, percebeu-se a falta de atenção e de um acompanhamento, inclusive da capacitação de profissionais, especificamente, dos agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que os mesmos têm um conhecimento prévio do escolar no ambiente externo da escola, através das visitas domiciliares, ou seja, no âmbito de saúde da estratégia da família.

Os problemas mais comuns dos estudantes poderiam, facilmente, ser sanados com a atuação de um ACS na escola. Este poderia realizar um acompanhamento de perto sobre a saúde das crianças e adolescentes e servir de elo entre a família, escola e à equipe de saúde. A escola, apesar de estar dentro da área de abrangência do ACS, normalmente não é contemplada pela visita de rotina do agente tal como é realizada nas residências. Certamente, pela falta de tempo, o difícil acesso às escolas (situadas em morros, longa distância entre a Unidade básica de saúde e a escola), falta de motivação do ACS, quantidade insuficiente de ACS e sobrecarga de trabalho do ACS.

Considerou-se como um dos exemplos de sucesso a participação de milhares de agentes comunitários de saúde no projeto “Toda criança na Escola” em 1998, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Não somente nesta, mas os ACS ao participarem de diversas campanhas geraram grande importância para a mobilização da comunidade. “A participação dos ACS foi de grande importância para que o compromisso fosse atingido com resultados excelentes” (BRASIL, 2000, p.15).



## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância do suporte dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas ações de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE), uma vez que os mesmos são responsáveis pelo acompanhamento das famílias de uma área delimitada, mantendo um vínculo de proximidade e confiança com as pessoas de sua área de abrangência. Além disso, convivem e conhecem as reais condições de vida dessas famílias e dos filhos destas nas escolas.

O ideal é que as avaliações clínicas preconizadas pelo PSE envolvam toda a equipe de saúde, que haja o mesmo entendimento no intuito de promover educação em saúde, enfatizando as ações específicas no período escolar. A presença dos ACS junto aos demais profissionais da equipe de saúde proporciona um fluxo positivo das ações na escola. Ainda, o conhecimento prévio dos ACS, da área de abrangência pela diretoria e demais funcionários da escola, tem facilitado no fornecimento imediato de um ambiente adequado e de todos os materiais necessários para a realização das atividades com os estudantes.

Pôde-se perceber que os próprios estudantes, durante a realização das ações na escola, sentem segurança e ficam tranquilos ao ver um ACS conhecido por perto.

Diante do exposto, vê-se a necessidade de investir na capacitação desses profissionais e considerando os ACS fundamentais para as ações, decidiu-se capacitá-los para melhorar a assistência aos estudantes das escolas pactuadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) da comunidade Santa Cruz - Coronel Fabriciano – MG, visando à promoção da saúde e efetividade no processo de trabalho das ACS juntamente com os demais profissionais da equipe de saúde do PSE. Entende-se por efetividade a solução dos problemas do maior número de pessoas utilizando eficientemente os recursos disponíveis (FARIA, *et al.*, 2010). “A capacitação dos ACS é uma ação determinante para a garantia de uma atenção de qualidade tanto nos aspectos assistenciais quanto preventivos no trabalho da atenção primária à saúde” (CARDOSO, 2011, p.13).

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) visando o aumento da efetividade nas ações de saúde da equipe de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE).

## 4 METODOLOGIA

O trabalho constituiu-se de três etapas: elaboração do diagnóstico situacional, revisão de literatura e de um plano de ação. Na terceira etapa, pretende-se elaborar um plano de ação para capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) em ações de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE).

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados, utilizando sites de busca, dentre eles: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde, dentre outros. A busca dos artigos científicos foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: agente comunitário de saúde, educação em saúde, promoção da saúde e saúde escolar.

Primeiramente, foi realizada uma leitura pré-seletiva dos artigos e, em seguida, uma leitura minuciosa buscando publicações que mais se aproximasse do tema proposto.

As informações contidas nos artigos científicos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação, no qual foram utilizados os dez passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

- e) Quinto passo: seleção dos “nós” críticos (causa mais importante a ser enfrentada);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Espera-se, por meio deste projeto, que os ACS estejam capacitados e aptos para realizar o suporte nas ações de saúde juntamente com a equipe de saúde do PSE, aptos à identificação dos sinais de riscos à saúde dos estudantes e, imediatamente, encaminhá-los ao serviço de saúde ou comunicar sua equipe de profissionais especializados na UBS, aumentando a efetividade do trabalho dos ACS junto à equipe de saúde.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e adultos (EJA) (BRASIL, 2014).

O PSE visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos educandos, contribui para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. É constituído por cinco componentes, dentre eles a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública, inclusive a educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde (BRASIL, 2014).

Dentre os objetivos do Programa Saúde na Escola está a promoção da comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2007).

De acordo com Brasil (2012) o PSE é composto por ações que visam cuidados clínicos, nutricionais, odontológicos, oftalmológicos, orientações referentes à saúde sexual, à alimentação saudável, promoção de práticas corporais, atividades físicas, além na prevenção do uso de drogas. E suas ações devem ser realizadas no período escolar para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção. Nas escolas, os estudantes vivem o período de formação de hábitos e atitudes (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde considera a escola um potencial espaço de transformações sociais, conhecimento e valores. Dessa forma, o Programa Saúde na Escola prevê a realização de ações estratégicas por profissionais da equipe saúde da família na escola de forma a integrar os profissionais entre si, os escolares e a comunidade (BRASIL, 2008).

Santos *et al.* (2011, p.1278) mencionam que o espaço escolar é o local privilegiado para a promoção da saúde do adolescente, sendo justificado por um gestor que “ não há como você fazer política com adolescente que não seja dentro da escola”.

Promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas que englobam a efetividade, a capacidade criadora e a busca da felicidade. É inerente à escola estimular situações de aprendizagem nas quais a saúde possa ser compreendida como direito de cidadania, valorizando as ações voltadas para sua promoção (BRASIL, 2002).

A equipe de saúde da família deve, portanto, desenvolver, junto às instituições na comunidade, como a escola, ação social, grupos de jovens, capoeira, dentre outros, a promoção da saúde e prevenção de agravos para crianças e adolescentes (BRASIL, 2009).

Para tal, torna-se necessário o conhecimento dos condicionantes da qualidade de vida da comunidade, promover ações integradas e formar parcerias com organizações existentes na sociedade para enfrentar os problemas identificados para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

É nesse contexto e espaço de ação que o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se faz de grande importância. Ele tem contato direto e permanente com a comunidade, conhece as famílias residentes nela o que facilita e propicia, inclusive, a criação de vínculos com eles. Ademais, o trabalho do ACS junto às crianças e adolescentes requer uma relação de vínculo e confiança, buscando compreender suas fases de desenvolvimento e respeitando suas idéias, além de estar disponível a ouvir e esclarecer dúvidas. (BRASIL, 2009).

Segundo Marques e Padilha (2004), o ACS exerce apoio aos indivíduos e coletivos sociais, visando à promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de ações educativas e de acompanhamento de famílias e grupos, inclusive de desenvolvimento de interações sociais.

O Ministério da Saúde esclarece sobre as atribuições do agente comunitário de saúde (ACS) na escola: a realização de acompanhamento dos demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e ações direcionadas aos escolares; ser o elo articulador da comunidade junto às instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, visando a sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população escolar; contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares, quando necessário, além de exercer as atribuições que lhes são conferidas na política nacional de atenção básica (PNAB) (BRASIL, 2009).

Pereira e Oliveira (2013, p.2) enfatizam sobre a importância do agente comunitário de saúde (ACS) como membro da equipe de saúde. “Por residirem na própria comunidade em que trabalham, os ACS conhecem profundamente as crenças, os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades da realidade em que vivem”.

Ao desenvolver ações operacionais para agilizar o trabalho da equipe, reforça-se o elo do trabalho do ACS, pois desempenha ações articuladas interagindo com os demais trabalhadores, aproximam a equipe e comunidade, adequando ações de cuidado às necessidades das pessoas. O ACS, por pertencer à comunidade que acompanha e residir no território de abrangência das mesmas, não é raro compartilhar necessidades dos usuários (SAKATA; MISHIMA, 2009).

A visão que o ACS tem de si, com relação à educação em saúde, é de um educador que poderá favorecer transformações. A educação em saúde não se restringe somente no campo da saúde. O ACS necessita de estar preparado para orientar e buscar uma qualificação profissional (BRITO; DOMINGOS SOBRINHO, 2009).

Ações de educação em saúde na escola devem ser contempladas nos conteúdos curriculares e discutidas em salas de aula de forma transversal e contextualizada, de acordo com a realidade e necessidades locais (PIRES *et al.*, 2012).

Com relação ao monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes, o Ministério da Saúde (BRASIL 2008, p.9) considera que “é preciso monitorar e acompanhar a avaliação da saúde dos estudantes. Esse monitoramento é fundamental, inclusive para a reorganização das ações e atividades, além de orientar o redirecionamento de investimentos e projetos”.

Segundo, Nascimento e Correa (2008), com a chegada do ACS na unidade básica de saúde, houve certa rejeição e insegurança por parte dos auxiliares de enfermagem por desconhecerem o seu verdadeiro papel. Entretanto, com o passar do tempo, o ACS veio ocupando o lugar de articulador entre a equipe de saúde e a comunidade. Hoje, a equipe reconhece a importância do trabalho do ACS, ocorrendo às vezes, até um exagero de ações atribuídas a ele.

Conforme o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

Cardoso *et al.* (2011) enfatizam que o ACS exerce um papel essencial de formar um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, promovendo melhorias na saúde da comunidade. Entretanto, identificou-se que os ACS desempenham atribuições que não são de sua competência. Para esclarecer a real função do ACS e melhorar sua atuação junto à comunidade, optou-se por capacitar os ACS.

Pinto e Fracolli (2004 p.4) demonstram a importância do agente comunitário de saúde no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, inclusive “como um educador para saúde, pois organiza o acesso, capta necessidades, identifica prioridades e detecta os casos de risco”.



Com referência à inserção do ACS como representante do vínculo e do elo na relação serviço-comunidade e mediador de tensões, “simplificar o seu papel na saúde é no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou ao Sistema Único de Saúde (SUS) (GALAVOTE *et al.*, 2011 *apud* ANDRADE, 2012, p.16).

A capacitação dos profissionais de saúde, inclusive do agente comunitário de saúde, deve-se fundamentar no modelo da produção social da saúde, buscando-se nas necessidades de saúde da comunidade, transformando as práticas profissionais e promovendo a articulação dos saberes científico e popular, a partir da educação crítico-reflexiva e da metodologia problematizadora (GOMES *et al.*, 2010).

Cardoso (2011) ressalta que a capacitação do ACS deve contemplar conhecimentos em torno da questão do processo saúde-doença, ir além do saber-biomédico e incorporar outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

A elaboração do plano de intervenção é destinada aos agentes comunitários de saúde (ACS) da área de abrangência da comunidade Santa Cruz – Coronel Fabriciano/MG. Foram utilizados os dez passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), a seguir:

### **6.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

Diversos problemas foram detectados através do diagnóstico situacional, a seguir:

- Falta de saneamento básico (rede de esgoto e água potável);
- Uso abusivo de álcool, fumo e de drogas ilícitas;
- Falta de melhoria no espaço físico da UBS;
- Quantidade de profissionais de saúde para atendimento dos usuários;
- Elevado número de casos de distúrbios mentais;
- Aumento do número de casos de doenças cardiovasculares;
- Difícil acesso entre a UBS e os domicílios;
- Aumento do número de casos de sobrepeso/desnutrição em crianças e adolescentes;
- Elevado número de crianças com dificuldades visuais;
- Elevado número de escolares que não possuem o cartão nacional do SUS;
- Falta de higiene pessoal em crianças/adolescentes;
- Aumento do número de desempregados;
- Elevado índice de verminoses na comunidade.

### **6.2 Segundo passo: priorização do problema**

Os principais problemas detectados no diagnóstico situacional da comunidade de Santa Cruz foram discutidos e colocados em ordem de prioridade no quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da Comunidade de Santa Cruz - 2014

<b>Classificação</b>	<b>Principais problemas</b>
<b>1</b>	Distúrbio cardiovascular
<b>2</b>	Distúrbio mental
<b>3</b>	Falta de esgoto e água potável
<b>4</b>	Uso de drogas lícitas/ilícitas
<b>5</b>	Verminoses
<b>6</b>	Desemprego

### **6.3 Terceiro passo: descrição do problema**

A escola, apesar de estar dentro da área de abrangência do ACS, normalmente não é contemplada pela visita de rotina do agente tal como é realizada nas residências. Certamente, pela falta de tempo, o difícil acesso às escolas (situadas em morros, longa distância entre a Unidade básica de saúde e a escola), falta de motivação do ACS, quantidade insuficiente de ACS e sobrecarga de trabalho do ACS.

### **6.4 Quarto passo: explicação do problema**

Diante dos problemas relacionados à saúde das crianças e adolescentes nas escolas, percebeu-se a falta de atenção, de um acompanhamento, inclusive da capacitação de profissionais, especificamente, pelos ACS, uma vez que os mesmos têm um conhecimento prévio dos escolares no ambiente externo da escola, por meio das visitas domiciliares, ou seja, no âmbito de estratégia saúde da família.

### **6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

Foram detectados os seguintes “nós críticos” do problema: falta de atenção e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde (ACS) à saúde das crianças e adolescentes nas escolas:

- Falta de tempo e de motivação dos ACS;
- Número insuficiente, sobrecarga de trabalho e dificuldade no acesso dos ACS às escolas devido à longa distância.

### 6.6 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos “nós críticos”

- Agendamento de reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS);
- Discussão sobre as ações de saúde com os ACS;
- Exposição de problemas e dificuldades dos ACS;
- Elaboração do planejamento dos projetos;
- Apresentação do projeto ao gestor;
- Implementação do projeto, caso seja aprovado;
- Fornecimento de bônus e vale-transportes aos ACS;
- Aquisição de insumos a serem utilizados nas capacitações;
- Avaliação do processo de capacitação;
- Monitoramento dos resultados da capacitação pela equipe de saúde.

QUADRO 2 – Proposta de operações para resolução dos “nós críticos”.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Falta de tempo e de motivação dos ACS.	“Projeto Capacitar” (aumentar o nível de informação/conhecimento) dos ACS sobre ações de saúde e a	ACS capacitados e aptos a identificar alterações do escolar e encaminhá-lo à equipe de saúde da UBS.	Programa Escolar para capacitação dos ACS.	<u>Cognitivo:</u> mais conhecimento sobre as ações do Programa Saúde na Escola (PSE). <u>Financeiro:</u>

	saúde do escolar.			<p>materiais para execução do teste de acuidade visual, confecção do cartão SUS, vale-transporte e bônus ao ACS.</p> <p><u>Político:</u> articulação com o gestor e adesão dos profissionais.</p>
<p>Número insuficiente de ACS, sobrecarga de trabalho e dificuldade no acesso às escolas devido à longa distância.</p>	<p>“Projeto Pelotão de Saúde”.</p>	<p>90% dos estudantes com efetivo acompanhamento de exames periódicos (antropometria, teste de acuidade visual, cartão de vacina, cartão nacional do SUS).</p>	<p>Implantação de protocolos, gestão do pelotão de saúde.</p>	<p><u>Político:</u> articulação com o gestor e adesão dos profissionais.</p> <p><u>Financeiro:</u> materiais para confecção do cartão nacional do SUS, realização de teste acuidade visual, vale-transporte e bônus ao ACS.</p> <p><u>Organizacional</u> : realizar</p>

				agendamento.
--	--	--	--	--------------

### 6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Sabe-se que a identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui atividade fundamental para análise da viabilidade de um plano. Portanto, a equipe deverá ter conhecimento desses recursos para criação de estratégias que possam tornar viáveis os projetos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Seguem os recursos críticos:

QUADRO 3 – Identificação dos recursos críticos.

Operação/Projeto	Recursos críticos
<p><b>Projeto Capacitar</b> Aumentar o nível de informação/conhecimento dos ACS sobre ações de saúde do PSE e a saúde do escolar.</p>	<p><b>Político:</b> conscientizar gestor sobre importância do projeto.</p> <p><b>Financeiro:</b> aquisição de recursos necessários para a capacitação (equipamentos audiovisuais, material informativo, folhetos, material para teste de acuidade visual, outros).</p> <p><b>Organizacional:</b> convocar os ACS para a capacitação.</p>
<p><b>Projeto Pelotão de Saúde</b> Melhorar a qualidade do serviço realizado nas escolas pela equipe de saúde do PSE, juntamente, com o ACS (acompanhamento da saúde do escolar e, quando necessário, encaminhar o escolar à UBS).</p>	<p><b>Político:</b> articulação com a secretaria de saúde (gestor).</p> <p><b>Financeiro:</b> recursos necessários para custeio (exames e consultas especializadas, óculos, vale-transporte/bônus para ACS).</p> <p><b>Organizacional:</b> ACS para executar o acompanhamento nas escolas.</p>

## 6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Sabe-se que para analisar a viabilidade de um projeto, torna-se necessário realizar a identificação dos recursos, pois, o autor não controla todos esses recursos para atingir os objetivos. São necessários órgãos, parcerias e pessoas para a operacionalização do plano, observando a motivação de cada membro.

QUADRO 4 – Análise da viabilidade do plano.

Operação/Projeto	Análise da viabilidade do plano
<b>Projeto Capacitar</b>	<p><b>Ator que controla:</b> secretário municipal de saúde, enfermeiro, agente comunitário de saúde, diretor da escola, secretário municipal de educação.</p> <p>Motivação: favorável.</p>
<b>Projeto Pelotão de Saúde</b>	<p><b>Ator que controla:</b> secretário municipal de saúde, enfermeiro, agente comunitário de saúde, diretor da escola.</p> <p><b>Motivação:</b> favorável (político) e indiferente (financeiro).</p>

## 6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O plano operativo do “Projeto Capacitar” almeja o aumento da efetividade das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) nas escolas com a inserção dos agentes comunitários de saúde (ACS) e a realização da capacitação dos mesmos, tendo como responsável a coordenadora do PSE/Estratégia Saúde da Família (ESF) e os enfermeiros do PSE. Previsão para o início em dois meses e término em dois meses.

O “Projeto Pelotão de Saúde” objetiva atingir pelo menos 90% dos estudantes, com acompanhamento anual das medidas antropométricas, teste de acuidade visual, situação do cartão de vacina e cartão nacional do SUS (CNS). Os responsáveis serão a coordenadora do PSE/Estratégia Saúde da Família (ESF) e os enfermeiros do PSE. Terá início em dois meses e término em cinco meses.

### 6.10 Décimo passo: plano de gestão

O plano de gestão baseia-se na discussão e definição do processo de acompanhamento do plano de gestão e seus respectivos instrumentos.

QUADRO 5 – Plano de gestão.

<b>Produtos</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>
Programa Escolar para capacitação do ACS.	Aumentar a efetividade das ações de saúde do PSE.	Coordenadora do PSE/ESF e enfermeiros do PSE.	2 meses após a aprovação do projeto.	A ser implantado.
Implantação de protocolos, gestão do Pelotão de Saúde.	Acompanhamento de exames periódicos, semestralmente, (antropometria, teste de snellen, cartão de vacina, cartão nacional do SUS).	Coordenadora do PSE/ESF e enfermeiros do PSE.	2 meses após a aprovação do projeto.	A ser implantado.

O monitoramento, avaliação e acompanhamento do plano de ação serão realizados através de observação aleatória nas escolas, contato com a diretora de cada escola para coleta de informações sobre os resultados esperados. Durante esse



acompanhamento, alguns escolares serão ouvidos referente a atuação da equipe de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reafirma o importante papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como integrante de equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas ações de saúde do Programa Saúde na Escola (PSE). Denotou-se que é possível o envolvimento dos ACS e sua importante atuação, além de indutor de práticas saudáveis nas escolas.

É de extrema relevância que as políticas públicas dêem continuidade aos incentivos nas ações de promoção da saúde no ambiente escolar e nos projetos das instituições públicas visando à manutenção da saúde do escolar.

Torna-se necessário o investimento na capacitação dos ACS para o aumento da efetividade das ações de saúde nas escolas pactuadas ao PSE, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica na busca de soluções aos problemas dos escolares, assim como, a aproximação dos outros profissionais envolvidos no PSE.

Deve-se enfatizar a necessidade da conscientização do ACS referente ao valor de seu saber e o perfil adequado para o desenvolvimento de cada ação visando um atendimento que melhore a saúde, a qualidade de vida e proporcione um futuro saudável de nossos escolares.

Dessa forma, com o potencial do ACS, poderá contribuir para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade da faixa etária estudantil e, conseqüentemente, possibilitar no futuro uma considerável redução de custos/despesas dos entes federativos com doenças crônicas na fase adulta ou terceira idade.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde:** relevância para o bom resultado da estratégia da saúde da família. 2012. 27f. Monografia. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa, 2012. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O\\_trabalho\\_do\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saude\\_\\_relevancia\\_para\\_o\\_bom\\_resultado\\_da\\_estrategia\\_da\\_saude\\_da\\_familia/262](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_trabalho_do_agente_comunitario_de_saude__relevancia_para_o_bom_resultado_da_estrategia_da_saude_da_familia/262) > Acesso em: 08 ago.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 3 ed. 2000. 119p. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_05a.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 11.350.** Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 05 de outubro de 2006. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21)> Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.6.286.** Institui o Programa Saúde na Escola – PSE- e dá outras providências. Brasília, 05 de dezembro de 2007. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)> Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais.** Brasília, 2008. Disponível em:< [http://dab.saude.gov.br/docs/geral/orientacoes\\_pse.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/geral/orientacoes_pse.pdf)> Acesso em: 06 nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde na Escola.** Brasília, 2009. Disponível em:< [dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernosab/abcad24.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernosab/abcad24.pdf) >. Acesso em: 04 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília, 2009. Disponível em: <

[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf) > Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. *Cidades@*. Minas Gerais, 2010. Disponível em:< <http://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Sinopse do censo demográfico 2010. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. 2013. Disponível em:< [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16795&Itemid=1128](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128)>. Acesso em: 07 ago. 2014.

BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde**. 2014. Disponível em:< <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificada.jsf>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

BRITO, S.M.O; DOMINGOS SOBRINHO M. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Rev.Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS), p. 669-676, 2009. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13147/7544>> Acesso em: 29 ago. 2014.

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2010.

CARDOSO, A. S. M. **A educação permanente na realidade do trabalho do agente comunitário de saúde**: a aprendizagem no contexto da ESF. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2011.38f.Monografia. Disponível em: < [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A\\_educacao\\_permanente\\_na\\_realidade\\_do\\_trabalho\\_do\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saude\\_\\_a\\_aprendizagem\\_no\\_contexto\\_da\\_ESF/183](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_educacao_permanente_na_realidade_do_trabalho_do_agente_comunitario_de_saude__a_aprendizagem_no_contexto_da_ESF/183)> Acesso em: 07 ago. 2014.

CARDOSO, F.A. *et al*. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, set-out; p.968-973, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a26v64n5.pdf> > Acesso em: 28 ago. 2014.

CORONEL FABRICIANO. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Coronel\\_Fabriciano](http://pt.wikipedia.org/wiki/Coronel_Fabriciano)> Acesso em: 17 jun.2014.

FARIA, H.P. et al. **Gestão do trabalho na equipe de Saúde da Família**. Belo Horizonte, UFMG, 2010. Disponível em: <[https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/38276/mod\\_scorm/content/7/arquivos/PROCESSO\\_DE\\_TRABALHO\\_EM\\_SAUDE.pdf](https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/38276/mod_scorm/content/7/arquivos/PROCESSO_DE_TRABALHO_EM_SAUDE.pdf)> Acesso em: 28 jun. 2014.

GOMES, K.O. *et al.* O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1143-1164, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em: 07 nov. 2014.

INFORMES TÉCNICOS FUNCIONAIS. **A promoção da saúde no contexto escolar**. In: Rev Saúde Pública; 36(2): p.533-5, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11775.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2014.

MARQUES, C.M.S; PADILHA, E.M. **Contexto e perspectivas da formação do agente comunitário de saúde**. In: Trabalho, Educação e Saúde, v.2, n.2, p. 345-352, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/08.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2014.

NASCIMENTO, E.P.L; CORREA, C.R.S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas**. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6): p.1304-1313, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>>

O MUNICÍPIO. Assessoria de comunicação, Coronel Fabriciano, MG, 03 jul. 2009. Disponível em: <[http://www.fabriciano.mg.gov.br/Materia\\_especifica/6501/A-criacao-do-municipio](http://www.fabriciano.mg.gov.br/Materia_especifica/6501/A-criacao-do-municipio)>. Acesso em: 30 mai. 2014.

PEREIRA, I.C; OLIVEIRA, M.A.C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** v.66, n.3. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300017)> Acesso em: 07 nov. 2014.

PINTO, A.A.M; FRACOLLI, L.A. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas**. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a24.htm>> Acesso em: 06 nov. 2014.

PIRES, L.M. et al. A enfermagem no contexto da saúde o escolar: revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, v.20, p.668-675. Rio de Janeiro, 2012  
Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a20.pdf>> Acesso em 07 nov. 2014.

SAKATA, K.N; MISHIMA, S.M. Articulação das ações e interação dos Agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, p.665-672, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/19.pdf>> Acesso em 28 ago. 2014.

SANTOS, A.A.A.G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência e Saúde Coletiva**.v. 17, n.5, p.1275-1284, 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a21v17n5.pdf>> Acesso em: 30 ago.2014.